



Departamento de Salud de Texas
**Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna contra
Haemophilus Influenzae Tipo b**

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de *Haemophilus Influenzae* Tipo b.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna, y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir *Haemophilus Influenzae* Tipo b.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar: G Hib GDTP/Hib

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Zip
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):				
X _____		Fecha _____		
_____		Fecha _____		
Testigo				

Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address: _____ Date Vaccine Administered: _____ Vaccine Manufacturer: _____ Vaccine Lot Number: _____ Site of Injection: _____ Signature of Vaccine Administrator: _____ Title of Vaccine Administrator: _____
--

Texas Department of Health
eC-108A (5/02)

CDC VIS Revision (12/16/98)

Consentimiento para ImmTrac, el registro de vacunas del estado del Departamento de Salud de Texas

1. Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se pongan en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
2. Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disemine cualquier información pasada, presente, y futura sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mí o a cualquiera de las siguientes personas o agencias:

A) distrito de salud pública	D) escuela en que está inscrito el niño/niña
B) departamento de salud local	E) guardería en que está inscrito el niño/niña
C) médico del niño/niña	
3. Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para diseminar información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin, Texas, 78756.

G Sí. Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

G No. No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

Firma del padre, madre, o tutor legal

Fecha

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.tdh.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)